

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1920-1921. — N° 31

Des Éventrations post-opératoires
dans les Laparotomies gynécologiques et transversales
par la Méthode de Pfannenstiel

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 14 Décembre 1920

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

FÉLIX GINESTET

Né le 30 Janvier 1890, à Donzac (Tarn-et-Garonne)

Ancien externe des Hôpitaux de Paris

Médecin aide-major de 1^{re} classe



MONTAUBAN

J. PRUNET, IMPRIMEUR-ÉDITEUR

4, Rue Porte-du-Moustier, 4

—
1920



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Des Éventrations post-opératoires
dans les Laparotomies gynécologiques et transversales
par la Méthode de Pfannenstiel

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1920-1921. — N° 31

Des Éventrations post-opératoires
dans les Laparotomies gynécologiques et transversales
par la Méthode de Pfannenstiël

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 14 Décembre 1920

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

FÉLIX GINESTET

Né le 30 Janvier 1890, à Donzac (Tarn-et-Garonne)

Ancien externe des Hôpitaux de Paris

Médecin aide-major de 1^{re} classe



MONTAUBAN

J. PRUNET, IMPRIMEUR-ÉDITEUR

4, Rue Porté-du-Moustier, 4

—
1920

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ..... DOYEN
J. LEPINE..... ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, SOULIER, CAZENEUVE,
BEAUVISAGE, LACASSAGNE, TESTUT, POLLOSSON (M.).

PROFESSEURS

Cliniques médicales.....	MM. TEISSIER
Cliniques chirurgicales.....	ROQUE
Clinique obstétricale et Accouchements.....	BARD
Clinique ophtalmologique.....	TIXIER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	BERARD
Clinique neurologique et psychiatrique.....	FABRE
Clinique des maladies des enfants.....	ROLLET
Clinique des maladies des femmes.....	NICOLAS
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	LEPINE (J.)
Clinique des maladies des voies urinaires.....	WEILL
Clinique chirurgicale des maladies des enfants.....	POLLOSSON (A.)
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie..	LANNOIS
Chimie biologique.....	ROCHET
Chimie organique et Toxicologie.....	NOVE-JOSSERAND
Matière médicale et Botanique.....	CLUZET
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	HUGOUNENQ
Anatomie.....	MOREL
Anatomie générale et Histologie.....	MOREAU
Physiologie.....	GUIART
Pathologie interne.....	LATARJET
Pathologie et Thérapeutiques générales.....	POLICARD
Anatomie pathologique.....	DOYON
Médecine opératoire.....	COLLET
Médecine expérimentale et comparée.....	MOURIQUAND
Médecine légale.....	PAVIOT
Hygiène.....	VILLARD
Thérapeutique.....	ARLOING (F.)
Pharmacologie.....	ETIENNE MARTIN
	COURMONT (P.)
	PIC
	FLORENCE

PROFESSEURS ADJOINTS

Pathologie externe.....	VALLAS
Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale.....	BARRAL
Accouchements.....	COMMANDEUR
Embryologie.....	HOVELACQUE
Anatomie topographique.....	PATEL
Botanique.....	BRETIN
Urologie.....	GAYET
Stomatologie.....	TELLIER

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL	CADE	COTTE	CORDIER
COMMANDEUR	GUILLEMARD	DUROUX	ROUBIER
NOGIER	GARIN	HOVELACQUE	FAVRE
BRETIN	SAVY	TRILLAT	MURARD
LERICHE	FROMENT	SARVONAT	BONNET
THEVENOT (Léon)	THEVENOT (Lucien)	FLORENCE	GRAVIER, chargé
TAVERNIER	PIERY	ROCHAIX	des fonctions.

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. A. POLLOSSON, *Président*; VILLARD et PATEL, *Assesseurs*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE.

Pieux souvenir.

A MON PÈRE.

Affectueuse reconnaissance.

A MA FEMME CHÉRIE.

Profonde affection.

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS.

A TOUS MES MAÎTRES DES FACULTÉS DE MÉDECINE DE
PARIS ET DE LYON.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE, MONSIEUR LE PROFESSEUR
A. POLLOSSON, PROFESSEUR DE CLINIQUE GYNÉCO-
LOGIQUE.

*Il nous a fait le grand hon-
neur d'accepter la présidence de
notre thèse; qu'il reçoive ici
l'hommage de notre profonde et
respectueuse gratitude.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ PATEL, CHIRURGIEN
DES HOPITAUX, CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR.

*Il nous a inspiré le sujet de
notre thèse et nous a aidé de
ses conseils; qu'il reçoive ici
avec toute notre reconnaissance
nos meilleurs remerciements,*

A MES JUGES.

INTRODUCTION

Dans ce modeste travail, nous nous proposons d'exposer une complication exceptionnelle dans les laparotomies par la méthode de Pfannenstiel: l'éventration post-opératoire.

M. le professeur agrégé Patel, qui nous a inspiré le sujet de cette thèse inaugurale, a bien voulu nous communiquer les deux seules observations qu'il ait rencontrées au cours de ses nombreuses laparotomies par ce procédé.

Nous avons, d'autre part, fouillé scrupuleusement la littérature gynécologique tant française qu'étrangère. Nous trouvons le premier cas d'éventration mentionné par Pankow, en 1904. Plus tard, en 1907, Pfannenstiel en publie lui-même trois autres cas; la même année, Prochownick en Allemagne et Himmelfarb à Moscou publient trois autres observations. En 1914, Baker signale au Congrès de Berlin deux cas d'éventration. En 1919, au Congrès français de chirurgie de Paris, M. Marcel Sénéchal annonce une seule éventration post-opératoire sur quarante-cinq laparotomies à incision cutané-aponévrotique transversale, suivies de drainage. Enfin, au Congrès de Bruxelles, en sep-

tembre 1919, Rouffart publie cinq observations d'éventrations post-opératoires après incision de Pfannenstiel; l'une est empruntée à Potvin, les autres à Godard et à Fraipont.

En somme la littérature gynécologique de langue française nous donne six observations et la littérature allemande neuf. Nous n'avons malheureusement pas pu retrouver le texte de toutes ces observations. Ainsi, avec les observations de M. Patel nous réunissons dix-sept éventrations post-opératoires dans les laparotomies par la méthode de Pfannenstiel.

Nous présentons notre travail de la façon suivante: Dans un premier chapitre, nous croyons utile de faire, en détail, l'historique de l'incision de Pfannenstiel. Nous montrerons ainsi le nombre toujours croissant des chirurgiens partisans de cette méthode.

Nous définirons ensuite, rapidement, l'éventration post-opératoire dans l'incision de Pfannenstiel; dans un chapitre d'anatomie pathologique nous indiquerons quelles sont ses localisations.

Nous consacrons un chapitre spécial à la publication de nos observations.

Dans une autre partie, nous traiterons l'étiologie et la pathogénie des éventrations post-opératoires et nous insisterons tout particulièrement sur les causes que nous trouvons relatées dans nos observations.

Dans le chapitre V et le chapitre VI, nous établirons la comparaison des signes fonctionnels et du pourcentage d'éventrations dans les laparotomies verticales et dans les laparotomies transversales par le procédé de Pfannenstiel.

Dans une autre partie, nous essaierons d'expliquer pour quelles raisons l'incision cutané-aponévrotique transversale est si peu souvent compliquée d'éventration post-opératoire.

Dans un dernier chapitre, nous esquisserons sommairement le traitement de cette éventration.

Enfin, pour terminer, nous formulerons nos conclusions et nous donnerons une bibliographie aussi complète que possible.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE DE L'INCISION DE PFANNENSTIEL

De 1894 à 1900, principalement à partir de 1896, après les rapports de Rapin et de Küstner, au Congrès de Genève, l'incision transversale et esthétique de Rapin fut pratiquée par un grand nombre de chirurgiens.

Cette incision de la paroi abdominale comprend la section transversale de la peau et du tissu adipeux dans la région pileuse du mont de Vénus, sur la ligne médiane, la section verticale de l'aponévrose, de l'espace intermusculaire et du péritoine.

La méthode de Rapin donna toute satisfaction au point de vue esthétique. La solidité de la cicatrice n'en ressentit aucun bienfait, car avec elle les éventrations post-opératoires furent aussi fréquentes que dans les incisions longitudinales. Aussi ne fut-elle en faveur que jusqu'à la découverte de Pfannenstiel.

Pfannenstiel (de Breslau) cherche un procédé d'incision dont le but est de diminuer la fréquence des éventrations post-opératoires; il veut une cicatrice solide.

C'est en 1900 qu'il fait connaître sa méthode. Il incise transversalement non seulement la peau et le tissu adipeux, mais encore l'aponévrose. L'espace

intermusculaire et le péritoine sont ouverts verticalement. L'incision peut être faite haute, au niveau des épines iliaques antéro-supérieures, ou basse, dans la région pileuse du mont de Vénus; dans ce dernier cas, elle devient également esthétique.

La méthode de Pfannenstiel fut couronnée de succès dans la solidité de la paroi abdominale et fut aussitôt adoptée par un grand nombre de chirurgiens allemands et étrangers.

Naudet rapporte dans sa thèse que son maître, le professeur Hartmann, a fait en 1900 cinq incisions cutané-aponévrotiques transversales.

Cunnston est partisan de cette incision dès 1901.

M. F. Jayle la pratiqua fréquemment dans le service de Pozzi depuis 1901. Plus tard, il modifie la méthode; depuis 1907 et surtout 1913, il pratique dans les lésions unilatérales une incision transversale et latérale. Il pénètre dans l'abdomen en passant en dehors des droits.

Werts publie une statistique en 1904.

Kœnig (de Genève) adopte l'incision de Pfannenstiel, en publie quatre cas en 1904.

Au congrès de Breslau en 1904, Pankow rapporte cent huit laparotomies faites à la clinique d'Iéna.

Dans le *Lyon Médical* de mars 1906, M. le professeur A. Pollosson fait la description de la méthode de Pfannenstiel. Il l'emploie très couramment depuis 1905. « Nous croyons, dit-il, que toute la chirurgie gynécologique et une partie de la chirurgie intestinale gagnera à être faite par cette incision. » En 1909, il avait pratiqué, dans son service de la Charité, 763 fois cette

incision; Jeannin le rapporte dans sa thèse de 1909. En 1913, le nombre s'élevait à 2130, et depuis cette époque, il n'a fait qu'augmenter.

MM. E. Forgue et Massabiau considèrent, à juste titre, M. le professeur A. Pollosson comme étant en France le promoteur de la méthode de Pfannenstiel.

M. le professeur Tixier a fait en 1909, dans son service de l'Hôtel-Dieu, une quarantaine de ces incisions. Actuellement, ce chiffre s'élève à plus de 1500.

M. le professeur agrégé Patel a pratiqué jusqu'en 1920 plus de 700 fois cette opération.

Soueix, dans sa thèse, mentionne 100 laparotomies faites par M. Lapointe de 1905 à 1909. Il ajoute que cette technique a été également employée par Guinard, MM. Mouchet et Wiart.

A Bordeaux, en 1906, M. Chavannaz fait une publication, Guennoc fait une thèse inspirée par M. Vénot, sur l'incision de Pfannenstiel. De 1906 à 1908, M. Chavannaz a fait 18 laparotomies.

En 1907, M. Vénot présente 30 cas.

A la même époque, MM. Boursier et Denücé pratiquent également à Bordeaux l'incision de Pfannenstiel.

Dans le *Liège médical* de 1907, Fraipont publie 50 laparotomies qu'il a faites suivant ce procédé. La même année, Pfannenstiel communique 700 cas.

Cette méthode est également employée dans les laparotomies obstétricales. C'est ainsi que se fait la section césarienne extra-péritonéale indiquée par Latzko-Doederlein en 1908. Plus tard, Coryllos relève 450 césariennes.

Schauta (de Vienne) fait en 1908 une communication sur 140 incisions de Pfannenstiel.

La même année, Latronche fait à Bordeaux une thèse sur cette technique.

M. Walther présente à la Société de Chirurgie de Paris en 1910 une femme enceinte, opérée auparavant suivant cette méthode. La cicatrice est invisible et solide. Il ajoute qu'il a fait un assez grand nombre de fois cette opération.

M. Marcel Sénéchal (de Paris) emploie systématiquement depuis 1911 l'incision cutané-aponévrotique transversale.

M. Raymond rapporte en 1914, à la Société de l'Internat des Hôpitaux de Paris, 135 laparotomies qu'il a faites suivant cette méthode depuis 1911.

Dans la *Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale* de 1911, M. Pol Coryllos décrit la technique de l'incision de Pfannenstiel et communique 18 cas qu'il a opérés dans les services de P. Reclus et de M. J.-L. Faure.

En 1913, dans la même Revue, Oscar-Jean Rapin (de Lausanne) traite l'incision abdominale en gynécologie et insiste sur l'incision de Pfannenstiel.

Baker (de Brunn) publie, en 1914, 1000 laparotomies faites par lui.

Aubert (de Genève) annonce, en 1919, 226 cas.

En septembre 1919, au premier Congrès de l'Association des Gynécologues et Obstétriciens de langue française, tenu à Bruxelles, Rouffart fait un rapport très documenté sur « la valeur des différentes incisions dans les laparotomies en gynécologie et en obstétri-

que ». Il insiste longuement sur le procédé de Pfannenstiel et en publie 1506 cas.

A la Société belge de Gynécologie, Karhausen fait une communication.

Potvin, Rouffart, Verhoogen, Hénault, Moreau et Mayer publient en Belgique et à Londres les indications de l'incision de Pfannenstiel.

Henrotay (d'Anvers) annonce 120 cas; Potvin (de Bruxelles), 250.

Schokaut (de Louvain), Brouha (de Liège), Godard (de Bruxelles), Huet sont partisans de cette méthode. Minge et Hénault communiquent les légères modifications qu'ils ont apportées.

Pozzi, MM. Faure et Siredey, M. Hartmann, MM. Jeännin et Guéniot, MM. Forgue et Massabiau vulgarisent dans leurs ouvrages classiques ce procédé.

Tous ces chirurgiens se louent d'employer la technique de Pfannenstiel et démontrent que la cicatrice obtenue est excessivement solide.

Nous dirons, en passant, un mot de l'incision de Bardenhauer. Il fait une section transversale de toute l'épaisseur de la paroi abdominale, y compris les muscles droits et les obliques; le péritoine est également incisé transversalement. Cette méthode a donné des éviscérations considérables.

DÉFINITION DE L'ÉVENTRATION POST-OPÉRATOIRE DANS
L'INCISION DE PFANNENSTIEL.

Nous éliminons d'abord l'éviscération, qui est l'éventration aiguë avec issue des intestins retrouvés dans le pansement ou sur les cuisses des malades, comme le disent certains auteurs. Cette complication n'a jamais été observée. D'ailleurs, elle paraît matériellement impossible; il faudrait pour cela que les quatre sutures, péritonéale et musculaire verticales, aponévrotique et cutanée transversales, cèdent en même temps.

L'éventration qui nous intéresse est un affaiblissement plus ou moins prononcé de la paroi abdominale. Elle peut s'accompagner ou non de la présence de l'intestin, qui tend à s'engager dans ce point faible.

CHAPITRE II

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Patel. Sur ses indications, nous avons pu retrouver et examiner la malade.

Madame F., 42 ans, commerçante, entre d'urgence à l'Hôpital de la Charité le 3 juillet 1914. Elle a comme température 40 degrés 6.

On se trouve en présence d'une personne de constitution robuste, ayant une paroi abdominale très grasse.

Antécédents héréditaires.

La mère, âgée de 76 ans, est bien portante; elle a élevé quatre enfants au sein.

Le père est mort à l'âge de 71 ans d'une néphrite; il a été toujours bien portant pendant son existence.

Antécédents collatéraux.

Un frère aîné et deux sœurs bien portants.

Antécédents personnels.

Née à terme, la troisième de quatre enfants, élevée au sein; très précoce, a fait ses premiers pas à 11 mois. Réglée à 14 ans régulièrement, sauf trois ou quatre

mois avant l'intervention, période pendant laquelle les règles sont devenues irrégulières.

Pendant l'enfance, une fièvre éruptive que la malade n'a pas su préciser.

Pendant l'adolescence, aucune maladie.

Mariée à 20 ans. A 21 ans, une grossesse normale; accouchement naturel à terme d'un garçon vivant. L'enfant est mis en nourrice. A 25 ans, nouvelle grossesse excellente et accouchement normal d'une grosse fille.

Aucune fausse-couche.

A 30 ans, crise appendiculaire d'une durée de vingt-huit jours. La malade a suivi un traitement médical et n'a pas eu d'autre crise.

A 32 ans une fièvre typhoïde traitée par la balnéation froide et qui a évolué sans complications. La malade aurait cependant eu un léger degré d'emphysème pulmonaire après cette maladie.

Pas de cardiopathie.

Ni sucre, ni albumine.

A la suite du premier accouchement, la malade a eu un léger prolapsus utérin qui ne la gênait pas. Elle ne s'en est pas inquiétée.

Après le deuxième accouchement, ce prolapsus s'est accentué très sérieusement. La malade consulte divers médecins en Italie; ils lui ordonnent plusieurs sortes de pessaires. Elle pouvait ainsi vaquer facilement à ses occupations. Un dernier pessaire qu'elle faisait changer tous les six mois lui provoquait d'assez vives douleurs irradiées dans la région iliaque gauche. Elle avait d'abondantes pertes jaunâtres, un peu fétides. Au bout

de plusieurs années, fatiguée de son pessaire, la malade l'enlève. Ainsi, de temps en temps, l'utérus prolabé sortait hors de la vulve et pendait entre les cuisses. Avec ses mains, elle le remettait dans le vagin. Il était insensible et « dur comme du bois », disait-elle.

Etat actuel (juillet 1914).

Depuis plusieurs jours, la malade ressent de violentes douleurs dans les régions hypogastrique, iliaques et dans les flancs.

Le diagnostic de suppuration annexielle grave est établi par M. le professeur agrégé Patel.

Dès l'arrivée de la malade, il intervient et lui fait une colpotomie pour évacuer l'abcès.

Laparotomie.

Quatorze jours après la colpotomie, le 17 juillet 1914, M. Patel pratique une laparotomie par la méthode de Pfannenstiel. Il fait une castration totale pour annexite double suppurée.

L'opération est commencée sous l'anesthésie rachidienne et est terminée sous l'anesthésie générale à l'éther. A la suite de l'anesthésie, l'opérée n'a eu que de très légers vomissements.

Dans les suites opératoires, la malade est allée régulièrement à la selle, mais en éprouvant une certaine douleur dans la région anale par suite d'une fistule à l'anus opérée.

Le deuxième jour, le pansement est totalement imbibé par une sérosité abondante. Les points de suture cutanée sont enlevés.

L'opérée ne présente pas de température.

On n'a jamais constaté de grosse suppuration de l'incision. Cependant trois petits abcès superficiels se sont développés au niveau de la lèvre supérieure de la plaie; ils ont été incisés.

La malade ne s'est levée qu'au vingtième jour après la laparotomie. Ce lever tardif s'explique par une complication pulmonaire survenue le quatrième jour après l'opération, une pneumonie du sommet. Cette affection a évolué normalement; la température est tombée le neuvième jour.

La malade quitte l'hôpital le 17 août, un mois exactement après l'intervention. La plaie cutanée n'est pas complètement cicatrisée. L'opérée se fait faire chez elle des pansements à l'huile goménolée et va de temps en temps à la Charité où on lui touche au crayon au nitrate d'argent des bourgeons trop exubérants. Ce n'est qu'au bout de trois mois après l'opération que la plaie opératoire est complètement cicatrisée. A ce moment, le pansement compressif que portait la malade est enlevé et remplacé par son corset.

Peu de jours après sa rentrée chez elle, elle a pu tenir son magasin sans fatigue; elle descendait et remontait facilement une fois par jour à son appartement situé au quatrième étage.

Examen de 1920.

Jusqu'en 1920, M^{me} F... s'est admirablement bien portée. Elle prétend même que plusieurs années avant son opération, elle avait un état mental particulier : « elle voyait tout en noir », selon son expression; après sa guérison, elle est devenue gaie et joyeuse,

L'opérée a toujours ressenti une sorte de gêne au niveau de la cicatrice, comme si une corde lui serrait l'abdomen, mais elle n'éprouvait pas la moindre douleur. Elle ne ressent aucun trouble digestif, aucune dyspepsie, aucune constipation.

Au mois de février ou mars 1920, M^{me} F... a cru remarquer une petite tuméfaction absolument indolore au niveau de la partie droite de sa cicatrice. Elle s'effraie un peu; croyant que c'est un abcès, elle va demander une consultation à M. Patel qui diagnostique une légère éventration.

Actuellement (juillet 1920), l'opérée présente une paroi abdominale grasse, étalée, molle, qui retombe légèrement en tablier au-dessus de la cicatrice dans la station verticale.

La cicatrice, de teinte brunâtre, un peu excavée, large d'un demi-centimètre, siège à six travers de doigt au-dessus du pubis; elle s'étend à six travers de doigt de chaque côté de la ligne médiane. Elle est limitée en haut par un gros bourrelet cutanéograsseux et en bas par un bourrelet beaucoup moins prononcé.

Sur la cicatrice on remarque trois petites dépressions cutanées, de coloration plus marquée, contenant à peine la pulpe de l'index; l'une siège au milieu de la cicatrice et les autres sensiblement sur le bord externe de chaque droit. Au dire de la malade, ce serait à ces endroits que se trouvaient les abcès mentionnés plus haut.

Au niveau de la dépression de droite, à trois travers de doigt de la ligne médiane, en déprimant la paroi abdominale, on perçoit, en dehors du bord externe du

grand droit droit, une surface de moindre résistance; c'est un orifice où l'on peut difficilement dans le sens vertical faire pénétrer le bout de l'index et du médus. Cette pression est légèrement sensible.

On ne sent aucune sorte d'impulsion à la toux, et pendant la contraction des muscles abdominaux on n'aperçoit pas de saillie tant dans la station horizontale que verticale.

Sur la ligne médiane et à gauche, il n'y a pas de surface de moindre résistance.

OBSERVATION II

Due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Patel. Cette malade a été présentée à la Société de Chirurgie de Lyon, le 22 avril 1920.

R. Alice, 24 ans, entre le 28 juin 1919 à l'Hôpital de la Croix-Rousse, dans le service de M. Patel.

Elle se plaint de douleurs abdominales ayant leur maximum d'intensité dans le flanc gauche, irradiant dans la région lombaire et survenant par crises. Ces phénomènes douloureux ont débuté il y a deux mois environ.

Après examen, M. Patel pose le diagnostic de rétroversion utérine et de salpingite double.

Antécédents héréditaires.

La mère est morte en couches. Rien autre à signaler.

Antécédents personnels.

La malade n'a pas eu de maladies antérieures.

Réglée à 15 ans et demi régulièrement; elle a eu des pertes blanches fréquentes.

Laparotomie (juillet 1919).

Le 16 juillet 1919, M. Patel pratique une laparotomie par incision de Pfannenstiel. Il trouve une annexe gauche très accusée et la suppuration de l'ovaire très épaissi. Du côté droit, la lésion est également très accentuée. L'utérus est couché en arrière dans le cul-de-sac de Douglas. Il n'y a pas de possibilité de conserver quoi que ce soit et l'hystérectomie totale est faite.

Pendant l'intervention, M. Patel dut écarter au maximum la brèche abdominale pour se donner un jour suffisant à travers les droits qui étaient très serrés.

Suites opératoires.

La plaie opératoire suppure et la malade sort de l'Hôpital totalement guérie le 29 septembre 1919.

Examen de 1920.

La malade revient à l'Hôpital le 25 février 1920 pour une éventration partielle au niveau de la cicatrice, du côté droit.

Cette éventration siège un peu à droite de la ligne médiane. A son niveau, la paroi abdominale semble faire totalement défaut.

Intervention chirurgicale (mars 1920).

Le 3 mars 1920, M. Patel incise l'ancienne cicatrice. On constate que le muscle grand droit droit sur son bord interne, au niveau de son insertion sur le pubis, présente une perte de substance occupant la moitié de

la largeur du muscle sur une faible hauteur. C'est ce qui avait produit l'éventration.

L'appendice est enlevé.

La fermeture de la paroi abdominale se fait en trois plans comme pour une incision transversale ordinaire.

OBSERVATION III

Résumée. — Publiée par E. Rouffart (de Bruxelles) au premier Congrès de l'Association des Gynécologues et Obstétriciens de langue française, tenu à Bruxelles en septembre 1919.

« Bien intéressant, dit-il, est le cas de la hernie observée par le docteur Potvin; l'opération avait été compliquée: elle avait consisté tout d'abord en une hystérectomie subtotale pour fibrome, qu'avait suivie une cure pour hernie inguinale. L'incision cutanée avait dépassé le bord externe du droit et c'est en dehors de ce bord externe, du côté opposé à la hernie, qu'il s'est formé, là où se superposent l'aponévrose du grand oblique et les fibres musculaires naissantes du petit oblique, un petit anneau herniaire qu'a traversé une pointe d'intestin du volume d'une noisette. Cette malade a refusé d'être réopérée parce qu'elle ne souffre guère de sa hernie. »

OBSERVATION IV

Résumée. — Publiée par M. Marcel Sénéchal au Congrès français de Chirurgie tenu à Paris en 1919.

Sur quarante-cinq laparotomies à incision cutané-

aponévrotique transversale, suivies de drainage, il n'a eu qu'une éventration.

OBSERVATIONS V

Résumées. — Quatre cas publiés par E. Rouffart.

« Il est intéressant, dit-il, d'observer dans quelles circonstances se sont formées ces hernies: la première celle qui a été observée par le D^r Godard, a succédé à des abcès pariétaux chez une cancéreuse à mauvaise nutrition. Les trois éventrations signalées par le professeur Fraipont ont aussi été la suite de suppuration. »

OBSERVATIONS VI

Deux cas publiés par Baker (de Brunn) au Congrès de la Société de Chirurgie de Berlin et simplement mentionnés dans le compte-rendu spécial de la *Presse Médicale* de 1914.

OBSERVATIONS VII

Résumées. — Trois cas résumés d'après les observations de Pfannenstiel au Congrès de Gynécologie de Dresde de 1907, publiés par Latronche dans sa thèse de Bordeaux de 1908 et par Pol Coryllos en 1911.

Ces éventrations ont été constatées par Pfannenstiel à la suite d'interventions suivantes: l'une pour abcès appendiculaire, l'autre pour une éventration consécu-

tive à une laparotomie médiane pratiquée par un autre chirurgien, la troisième pour une grosse hernie ombilicale.

Dans ces trois cas il y avait eu une réunion secondaire avec suppuration abdominale sous-aponévrotique, ce qui avait déterminé une mortification de cette aponévrose.

Ces éventrations se sont montrées au point d'entrecroisement des incisions transversale et verticale.

OBSERVATIONS VIII

Trois cas simplement mentionnés, les uns par Prochownick en 1907 et les autres par Himmelfarb la même année à Moscou.

OBSERVATION IX

Résumée. — Publiée par Pankow au Congrès de Breslau de 1904 et mentionnée par Pol Coryllos en octobre 1911 dans la « Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale ».

C'est le premier cas d'éventration post-opératoire qui ait été publié.

L'opérée avait suppuré abondamment et l'éventration se fit au point d'entrecroisement des incisions transversale et verticale.

CHAPITRE III

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'éventration dans les laparotomies longitudinales intéresse parfois toute l'étendue de la cicatrice; dans l'incision de Pfannenstiel, elle est toujours limitée à un point de la cicatrice.

Siège.

Elle peut siéger soit en dedans des grands droits abdominaux, soit en dehors de ces muscles.

En dedans des droits, l'éventration peut se faire sur la ligne médiane entre les droits exactement là où se croisent l'incision cutané-aponévrotique transversale et l'incision intermusculaire et péritonéale longitudinale (observations VII et IX). On la rencontre aussi un peu en dehors de la ligne médiane, au niveau du bord interne d'un des droits et empiétant sur ce muscle. Dans l'observation II, elle se trouve du côté droit.

En dehors des grands droits, l'éventration se fait dans la partie semi-lunaire de Spiegel, entre le droit et les obliques (observations I et III); dans l'observation I, l'éventration siège à droite.

Jusqu'à maintenant nous n'avons pas trouvé mentionné le cas de plusieurs éventrations siégeant en diffé-

rents points de la même cicatrice. L'événtration serait donc unique.

Forme de l'orifice.

Cet orifice est toujours de *petite dimension*. Il peut être circulaire et approximativement du diamètre d'une pièce de deux francs (observation II et observation de Fraipont). Il peut être aussi à grand axe vertical; il présente environ trois ou quatre centimètres de longueur sur un ou deux de largeur dans l'observation I.

Parois de l'événtration.

Elles sont constituées par le tissu cicatriciel entouré de la peau, du tissu cellulaire sous-cutané et du péritoine; il y a mortification du muscle et mortification de l'aponévrose.

Au niveau de ces événtrations, la peau n'est pas vergeturée comme dans les grosses événtrations.

Contenu de l'événtration.

Dans les grosses événtrations, après les laparotomies verticales, on peut rencontrer, en grande quantité, l'épiploon, les anses intestinales ou le gros intestin. Ces organes sont généralement libres, assez fréquemment adhérents aux parois de l'événtration ou au pourtour de l'orifice. M. Picqué, en 1912, rapporte le cas où, dans une cure radicale d'événtration, il a dû réintégrer dans l'abdomen l'anse intestinale et son revêtement cutané; la fusion était tellement intime qu'il n'a pas pu libérer l'intestin.

Dans l'événtration après incision de Pfannenstiel, on trouve simplement une petite partie d'intestin ou

d'épiploon ne dépassant jamais le volume d'un œuf de poule. Dans l'observation III, Potvin mentionne une pointe d'intestin grosse comme une noisette. Jamais on n'a signalé d'adhérences.

CHAPITRE IV

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

Age.

L'âge de la malade ne semble pas avoir une grande influence. On intervient à tous les âges chez les femmes pour les nombreuses affections dont elles sont les malheureuses victimes; généralement dans la jeunesse et dans l'âge adulte, ce sont les affections annexielles; dans la vieillesse, ce sont les affections néoplasiques. Cependant le plus grand nombre des interventions se font entre 20 et 40 ans. Dans nos observations, nous avons une femme de 42 ans et une jeune fille de 24 ans.

Profession.

Les femmes qui se livrent à de durs labeurs, tels les travaux des champs ou les travaux d'usine, sont peut-être plus sujettes aux éventrations que celles qui ont une profession sédentaire. Cependant, nous ne croyons pas qu'il faille attribuer une trop grosse importance à la profession; dans l'observation I, la malade est une commerçante qui ne prend pas une peine excessive.

Etat particulier des malades.

L'adipose et la maigreur extrême nuisent à la cicatrisation. La trop grande adiposité provoque un suintement abondant des parois et par conséquent en rend la réunion difficile.

Abel rapporte l'origine de l'éventration aux pelotons graisseux qui viennent s'intercaler entre les bords de la suture et en empêchent la coaptation exacte.

Les tumeurs abdominales, l'ascite affaiblissent la paroi en l'aminçissant. Les grossesses nombreuses et répétées, d'après Doléris, entraînent l'atrophie musculaire.

Chez certaines personnes âgées, la paroi est mince et flasque par suite de la régression des tissus musculaires et aponévrotiques; cela se verrait, d'après Fourrier (d'Amiens), surtout chez les sédentaires.

Au moment de la ménopause, il y a, d'après Liénard, un certain degré de dégénérescence graisseuse des muscles.

Les maladies générales, telle la syphilis, rendent la paroi abdominale peu favorable à une bonne cicatrisation. Le cancer, la néphrite, la tuberculose péritonéale, l'alcoolisme, l'arthritisme (d'après Richelet) entrent aussi en ligne de compte. Dans l'observation V, il s'agit d'une cancéreuse à mauvaise nutrition.

D'après Recours, la cachexie est une cause prédisposante importante; les tissus deviennent atones, friables, et manquent de plasticité.

Les femmes ptosiques seraient plus sujettes aux éventrations. En effet éventration et ptose relèvent, d'après Truffier, d'une cause unique: « Tous les tissus

de l'économie, dit-il, semblent frappés en même temps d'une insuffisance de vitalité, de nutrition et de résistance. Ils sont en état d'infériorité physiologique. » Dans l'observation I, la malade est atteinte d'un prolapsus utérin et a une paroi abdominale grasse et flasque.

Dechambre fait jouer un certain rôle à l'hérédité.

Olivier incrimine une anomalie anatomique; c'est ainsi que chez certaines personnes il y a absence d'une ou de deux lames aponévrotiques ou existence d'aponévrose à trame si mince et si lâche que leurs fibres peuvent en être aisément comptées.

Suture.

Dans l'incision longitudinale, on a rapporté la cause des éventrations à la suture en masse; en effet la suture en étages a fait diminuer considérablement le nombre de ces éventrations. Dans l'incision de Pfannenstiel la suture en masse est impossible et on pratique toujours la suture en étages. On peut incriminer les catguts de mauvaise qualité qui sont cassants.

Hématome.

L'hématome sous-musculaire peut agir mécaniquement en distendant la suture et en s'éliminant par un trajet intermusculaire, qui devient un chemin favorable à l'éventration consécutive. L'hématome sous-aponévrotique est un excellent milieu de culture pour les agents pathogènes. L'hémostase parfaite facile à réaliser dans cette incision, et l'absence de blessures des fibres musculaires évitent à coup sûr ces complications.

Tension abdominale.

Tout ce qui contribue à augmenter la tension intra-abdominale et que Tournemelle définit d'un seul mot, « l'effort », favorise l'éventration.

Glénard et Bonavita disent que cette tension est d'autant plus forte qu'on se rapproche du pubis et que par conséquent l'éventration est à redouter davantage dans cette région.

Espace prévésical.

Fritsch accordait une grande importance à respecter la cavité préperitonéale en avant de la vessie; d'après Werth et Abel, cela n'a aucune influence sur l'éventration.

Vessie.

Fasciola dit que les alternatives de plénitude et de vacuité de la vessie empêchent le processus de réparation.

Pyramidaux.

Fasciola indique que la section des petits muscles pyramidaux peut amener un point faible entre les extrémités inférieures des droits.

Pol Coryllos attache une grande importance à la suture des pyramidaux. « Il faut, dit-il, rapprocher par des points de suture les deux petits muscles pyraminaux et les insertions inférieures des muscles droits. »

Traumatisme.

Quand les bords de la plaie opératoire sont meurtris, contusionnés, la vitalité est ainsi diminuée, compro-

mise; la plaie est donc mise dans une mauvaise condition de cicatrisation. Dans l'observation II, M. le professeur agrégé Patel avait été obligé d'écarter au maximum pour se donner un jour suffisant, c'est ce qui a dû meurtrir le bord interne du grand droit et favoriser ainsi l'éclosion des agents de la suppuration. Pour éviter cette meurtrissure, Rouffart met des compresses entre les surfaces cruentées et l'écarteur.

Dans les incisions longitudinales, MM, H Durand et Woldo préconisent pour éviter cette contusion, de faire l'incision assez longue.

D'après Madelung (de Strasbourg), plusieurs incisions consécutives faites au même endroit favorisent la rupture de la cicatrice.

Atrophie musculaire.

Les lésions atrophiques ou les lésions traumatiques produisent, d'après Denneçé, « la faillite du muscle ». Ainsi les points où manquent les fibres musculaires sont les points faibles de la paroi (observation II).

Dans les incisions de Pfannenstiel, la disposition des nerfs et des vaisseaux fait qu'ils ne sont sectionnés qu'exceptionnellement.

Drainage.

Le drainage empêche la cicatrisation primitive à son niveau; il peut se faire à l'aide d'un drain de caoutchouc, d'une compresse ou sous forme de tamponnement à la Mickulitz.

D'après MM. L. Imbert et D. Zwirn, la cicatrice obturant l'orifice de drainage se développerait en quelque sorte indépendamment du reste de la cicatrice abdomi-

nale, à laquelle elle se raccorde pour ainsi dire secondairement. Il est facile de comprendre qu'elle puisse s'en détacher facilement et se laisser soulever à la manière d'un couvercle. Actuellement les chirurgiens tendent de plus en plus à abandonner le drainage, sauf dans le cas de nécessité urgente et à le remplacer par le drainage par le vagin. Rouffart fait une boutonnière en dehors du plan de suture et c'est par là qu'il draine.

Suppuration.

L'infection est la *cause capitale* des éventrations post-opératoires. En effet dans la cicatrisation par première intention on n'a jamais rencontré d'éventration à la suite d'une incision de Pfannenstiel. « Les cicatrices vraiment puissantes, vraiment solides, dit Lucas-Championnière, sont celles qui ont été faites par première intention. »

Rouffart dit que l'épanchement de sérosité intrapariétal est contaminé par les organismes situés dans les couches profondes de la peau, où les antiseptiques ne les ont pas atteints ou n'ont détruit leur virulence que pour un certain temps.

La suppuration donne la réunion secondaire qui s'effectue par bourgeonnement, par granulation, sans qu'il y ait soudure directe des plans musculo-aponévrotiques, d'après M. le professeur adjoint Condamin.

Ainsi l'aponévrose qui est le plan utile de la paroi abdominale, d'après M. Violet, ne figure souvent pas dans la cicatrice des réunions par deuxième intention (observations VII et II). D'autres fois, le muscle est détruit par la suppuration (observation II).

Quand la suppuration siège sur le bord externe des droits, il y a encore plus de chances d'avoir une éventration; c'est là, en effet, que se trouve la zone semi-lunaire de Spiegel, qui offre normalement moins de résistance que le restant de la paroi. M. Bégouin dit que c'est là le point faible des hernieux.

En parlant de la sûreté de la cicatrice, Potvin s'exprime ainsi : « Pour obtenir cette sûreté, il ne faudrait pas dépasser les bords externes des muscles droits, car à ce niveau se superposent le péritoine, les fibres naissantes du petit oblique, l'aponévrose du grand oblique. Or, il nous est impossible de refaire par une suture cette disposition anatomique. »

En somme, la cause vraie de l'éventration post-opératoire dans l'incision de Pfannenstiel est la suppuration; elle donne une cicatrisation par deuxième intention avec disparition constante de l'aponévrose et quelquefois du muscle.

Les autres facteurs étiologiques importants : ptose, traumatisme, incision de la ligne semi-lunaire de Spiegel, drainage, cancer, ne sont que des causes secondaires, favorisantes.

APPARITION DE L'ÉVENTRATION

D'après Prochownick, les quatre septièmes des éventrations post-opératoires apparaissent la première année, deux septièmes la deuxième, et un septième plus tard. Pour Winter, la solidité définitive de la cicatrice serait certaine après huit à neuf mois, Winckel et Abel portent cette date au-delà de trois ans.

Pour G. Abel, l'apparition de l'éventration est décelable deux ou trois mois après la laparotomie. « Longtemps avant que les patientes, dit-il, ne s'aperçoivent de l'éventration, le médecin peut reconnaître le point de la cicatrisation où se développera une hernie plus ou moins grosse. » On constate dans ce cas un point faible, dépressible, peu résistant.

Dans l'observation de Potvin, l'éventration se serait montrée trois mois après l'opération. Une des opérées de M. Patel a été réopérée pour éventration huit mois après la première intervention; l'autre a été examinée six ans après la laparotomie, car pendant la guerre elle a négligé de consulter un chirurgien qui peut-être aurait décelé plus tôt l'éventration.

La date de l'apparition de l'éventration est donc variable; cependant, on peut dire que le plus grand nombre apparaît dans le courant de la première année.

CHAPITRE V

SYMPTOMES FONCTIONNELS

Les signes fonctionnels des éventrations après incision de Pfannenstiel et après incision longitudinale sont bien différents.

Dans les premières, l'éventration n'incommode guère la malade; exemples: l'opérée de Potvin qui refuse la cure radicale de son éventration, la première malade de M. Patel qui s'accommode parfaitement d'un bandage qu'elle ne porte pas constamment. Cependant, la deuxième opérée de M. Patel tolérait moins bien son éventration, ce qui a nécessité une intervention chirurgicale.

Dans les secondes, nous trouvons de la douleur, des vomissements, de la constipation opiniâtre, de l'anorexie, des troubles gastro-intestinaux, des désordres du système nerveux conduisant parfois jusqu'à la neurasthénie et à l'hypocondrie, enfin tous les troubles de la splanchnoptose. Tous ces phénomènes sont en partie dûs aux adhérences qui peuvent déterminer également l'irréductibilité et l'étranglement.

CHAPITRE VI

STATISTIQUES

Il est intéressant de comparer le pourcentage des éventrations post-opératoires dans l'incision de Pfannenstiel et dans les laparotomies verticales.

Dans les réunions par première intention, consécutives aux laparotomies par la méthode de Pfannenstiel, il n'a encore jamais été signalé d'éventrations. A la suite des incisions longitudinales, Pawlick donne comme pourcentage d'éventrations: 3,27; Martinelli: 4; Abel: 6; et Pfannenstiel: 8,9.

Dans les réunions par deuxième intention, l'incision de Pfannenstiel donne, d'après Coryllos: 0,17 pour 100 d'éventrations; d'après O.-J. Rapin: 0,2; d'après Rouffart: 0,33; d'après Pfannenstiel: 0,94. L'incision verticale donne 13,65 d'après Pawlick et 31 d'après Abel et Pfannenstiel.

Nous avons essayé de réunir toutes les laparotomies par la méthode de Pfannenstiel qui ont été mentionnées depuis 1900; nous obtenons 8.100 avec 17 éventrations post-opératoires, soit un pourcentage de 0,21.

D'un autre côté, nous réunissons toutes les interventions faites par des chirurgiens de langue française;

nous obtenons 6.150 avec huit éventrations consécutives, soit un pourcentage de 0,146.

Ces chiffres sont certainement inférieurs à la réalité; il est excessivement difficile de collationner toutes les laparotomies faites suivant cette méthode; d'autre part tous les cas d'éventration post-opératoires n'ont pas été contrôlés. Ils sont cependant suffisamment éloquentes pour montrer le peu de fréquence de cette complication.

CHAPITRE VII

NATURE DE L'INCISION DE PFANNENSTIEL

Pourquoi l'incision de Pfannenstiel donne-t-elle de si bons résultats dans la solidité de la paroi ? C'est que cette incision est faite suivant la direction des éléments anatomiques de la paroi abdominale et qu'elle répond à la physiologie de cette paroi.

« En général, dit Rouffart, pour faciliter la réunion des plaies et obtenir la cicatrice la plus favorable, il faut soustraire celle-ci aux tractions des fibres musculaires et élastiques en traçant l'incision parallèlement à la direction des fibres cutanées musculaires et tendineuses et en suivant aussi le trajet des vaisseaux et des nerfs. Or, l'anatomie de la paroi abdominale nous montre qu'à l'exception des muscles droits qui sont longitudinaux, les fibres de la peau, des aponévroses et des muscles ont généralement une direction oblique et transversale que suivent les nerfs et les vaisseaux. »

En effet, la contraction des muscles plats de l'abdomen (obliques et transverses) tend à rapprocher les lèvres de l'incision et à les coapter comme celles d'une boutonnière dont on tirerait chaque extrémité dans un sens opposé, selon la comparaison de Soueix.

Les artères et les nerfs se trouvant en dehors de la section ne sont que rarement lésés.

Le péritoine est mobile, épais et résistant à l'inverse de ce qu'il est au nombril, ce qui rend plus facile la réunion de la séreuse, dit Rouffart.

Au cours de nouvelles interventions après une première incision de Pfannenstiel, on a pu constater qu'il se forme une fusion de l'aponévrose avec les muscles droits qui sont intimément réunis sur la ligne médiane. La ligne d'adhérence de l'aponévrose aux muscles leur forme ainsi une sorte de plaque de soutien résistante.

CHAPITRE VIII

TRAITEMENT

Nous ne parlerons pas des nombreux procédés de cure radicale des grosses éventrations, consécutives aux laparotomies verticales. Nous indiquerons simplement la méthode employée par M. le professeur agrégé Patel chez la malade de l'observation II.

Cette éventration, petite, n'ayant pas de contenu intestinal volumineux et adhérent, rend la cure radicale plus simple.

L'ancienne cicatrice est incisée suivant la méthode de Pfannenstiel, absolument comme la première fois. Les deux muscles droits sont rapprochés par quelques points de catgut. L'aponévrose est entièrement suturée à l'aide de catguts ou de tendons de renne. Un point de suture est placé sur la ligne médiane, ensuite un surjet partant de chaque extrémité de l'incision est arrêté au point médian.

Cette opération facile et rapide donne une guérison par première intention et une cicatrice très solide.

La plupart de ces éventrations, nullement douloureuses, ne nécessitent pas une intervention chirurgicale; les malades portent simplement une ceinture. (Observations I et III.)

CONCLUSIONS

Des considérations qui précèdent, se dégagent les conclusions suivantes :

I. — Le but principal de la méthode de Pfannenstiel est d'éviter les éventrations post-opératoires; elle ne devient qu'accessoirement esthétique. Un grand nombre de chirurgiens pratiquent cette incision.

II. — Les éventrations post-opératoires existent, quoique rarement, dans les laparotomies gynécologiques et transversales par la méthode de Pfannenstiel. Elles sont chroniques et partielles. Elles siègent tantôt en dehors des grands droits abdominaux, tantôt en dedans de ces muscles, soit exactement sur la ligne médiane, soit un peu en dehors de cette ligne. Elles sont de petite dimension.

III. — Elles apparaissent généralement dans le courant de la première année après la cicatrisation de la plaie opératoire.

IV. — Elles sont toujours consécutives à la suppuration de la plaie opératoire; les autres causes, importantes d'ailleurs, ne sont que des causes favorisantes.

V. — Les symptômes fonctionnels sont peu accusés.

VI. — Le pourcentage des éventrations varie, suivant les auteurs, de 0,14 à 0,96.

VII. — La cure radicale en est facile et donne une cicatrice très solide. Souvent, l'intervention chirurgicale n'est pas nécessaire.

Le Président de la Thèse,

A. POLLOSSON.

Vu :

Le Doyen,

Pour le Doyen,

L'Assesseur,

J. LÉPINE.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 9 novembre 1920.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,

P. JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

ABEL G. — *Arch. für Gyn.*, 1898.

AUBERT. — Congrès de Bruxelles, septembre 1919. —
Discussions (*Archives mensuelles d'Obstétrique et
de Gynécologie*, 1920)

BAKER. — Congrès de la Société allemande de Chirurgie
de Berlin, 1914 (Compte rendu spécial de la *Presse
Médicale* de 1914).

BÉGOUIN. — Société de Médecine et de Chirurgie de
Bordeaux, 1907. (*Gazette hebdomadaire des Scien-
ces médicales* de Bordeaux, 1907).

BEUTTNER OSCAR. — *La laparotomie gynécologique et
transversale*. (Revue médicale de la Suisse roman-
de, 1903.)

BONAVITA. — *Eventration post-opératoire*. Thèse de
Lyon, 1895.

BROUHA. — Congrès de Bruxelles, septembre 1919.

CHAVANNAZ. — *Province médicale*, 1906.

CHAVANNAZ et LATRONCHE. — *Laparotomie par le pro-
cédé de Pfannenstiel*. (*Gazette hebd. des Sc. méd.*
de Bordeaux, 1908.)

CHENU. — *Contribution à l'étude de la cure chirurgi-*

cale des éventrations post-opératoires. — Thèse de Lyon, 1913.

CONDAMIN. — *Avantages et inconvénients du drainage à la Mickulictz.*

CORYLLOS POL. — *L'incision transversale sus-pubienne en gynécologie.* (*Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, 1911.)

CUNNSTON. — *Annales of Gynækol.*, octobre 1901.

DECHAMBRE. — *Dictionnaire usuel des sciences médicales.* (Hernies.)

DENNECÉ. — *Du rôle de l'insuffisance musculaire dans la pathogénie des éventrations.* — Thèse de Paris, 1902.

DÆDERLEIN et KÆNIG. — *Operative Gyn.*, Leipzig, 1905. (*Zentralblatt. für Gyn.*, 1909.)

DOLÉRIS. — *Leçon clinique sur les éventrations post-opératoires.* (*La Gynécologie*, 1897.)

FASCIOLA. — *Annali di Obstet. e Gin.*, 1888.

FAURE et SIREDEY. — *Traité médico-chirurgical de Gynécologie.*

FORGE et MASSABIAU. — *Nouveau traité de chirurgie.* (Le Dentu et Pierre Delbet). *Gynécologie*, p. 862-68.

FOURNIER. — *Gazette médicale de Picardie.* Amiens, 1902.

FRAIPONT. — *Congrès de Bruxelles* 1919.

GLÉNARD. — *Revue des maladies de la nutrition*, 1896.

GODARD. — *Congrès de Bruxelles* de 1919.

GUENNOC. — *Thèse de Bordeaux*, 1906.

- HARTMANN. — *Gynécologie opératoire.*
- HIMMELFARB. — 2^e Congrès des Accoucheurs et Gynécologues russes à Moscou, en 1917.
- IMBERT L. et D. ZWIRN. — *Hernies de la ligne blanche sous-ombilicales, consécutives à la laparotomie.* Archives mensuelles d'obstétrique et de gyn., 1914.
- JAMES. — *Du traitement de l'éventration post-opératoire latérale.* — Thèse de Paris, 1904.
- JANNIN. — *Incision de Pfannenstiel.* — Thèse de Lyon, 1909.
- JAYLE. F. — *A propos de l'appendicite et de l'incision transversale.* — (Presse Médicale, juin 1914.) — *L'incision esthétique sus-pubienne transversale, latérale dans l'oophoro-salpingectomie unilatérale et l'appendicectomie.* — (Presse Médicale, janvier 1920.)
- JEANNIN et GUÉNIOT. — *Thérapeutique obstétricale et gynécologique.*
- KUSTNER. — *Compte rendu du Congrès de Genève.* 1896.
- LABADIE-LAGRAVE et LEGUEN. — *Traité médico-chirurgical de Gynécologie.* (Hernies et éventrations post-opératoires.)
- LABBÉ. — *De l'éventration post-opératoire.* — Thèse de Paris, 1907.
- LAPOINTE. — *La Clinique,* février 1906.
- LATRONCHE. — *De l'incision transversale sus-pubienne et de la technique opératoire de Pfannenstiel dans les laparotomies.* — Thèse de Bordeaux, 1908.
- LEBRUN. — *Pathogénie et traitement des éventrations post-opératoires.* — Thèse de Paris, 1905.

- LIÉNARD. — De l'éventration médiane post-opératoire
et de son traitement chirurgical. — Thèse de Lille,
1904.
- LUCAS-CHAMPIONNIÈRES. — *Traité des hernies*.
- MADLUNG M. — xxxiv^e Congrès de l'Association alle-
mande de Chirurgie. (*Revue de Gyn. et Chir. abd.*
1905.)
- NAUDET. — *De l'incision cruciale dans la laparotomie*.
Thèse de Paris, 1900.
- OLIVIER. — *Contribution à l'étude des éventrations*.
Thèse de Paris, 1878.
- PANKOW. — *Zentralblatt für Gyn.*, 1904, p. 1239.
- PATEL. — *A propos de l'incision de Pfannenstiel*. —
Compte rendu dans la *Presse Médicale* de mai
1920 de la séance de la Société de Chirurgie de
Lyon du 22 avril 1920.
- PFANNENSTIEL. — *Zentr. für Gyn.*, 1907, p. 729. —
Sammlung Klin. Vortr., 1900.
- PICQUÉ L. — *Eventration consécutive aux opérations
pratiquées dans l'appendicite à chaud; pathogénie
et prophylaxie*. Société de Chirurgie de Paris, jan-
vier 1912.
- POLLOSSON A. — *De l'incision transversale des couches
superficielles (aponévrose et peau) dans les lapa-
rotomies sous-ombilicales: incision de Pfannen-
stiel*. (*Lyon médical*, 1906.)
- POTVIN. — Congrès de Bruxelles, septembre 1919.
- POZZI S. — *Traité de Gynécologie clinique et opératoire*,
1907, tome II.

- PROCHOWNICK. — *Zentr. f. Gyn.*, 1907.
- RAPIN. — Compte rendu du Congrès de Genève de 1896.
(*Presse médicale*, 1896.)
- RAPIN OSCAR-JEAN. — *L'incision abdominale en Gynécologie*. (*Revue de Gyn. et Chir. abd.*, 1913.)
- RECOURS. — Thèse de Bordeaux, 1901.
- RENAUDIÈRE DE VAUX. — Thèse de Paris, 1907.
- REYNOUD. — *A propos de l'incision transversale de Pfannenstiël*. (*Presse médicale*, 1914.)
- ROUFFART E. — *Valeur des différentes incisions dans les laparotomies en Gynécologie et en Obstétrique*. Congrès de Bruxelles, 1919. (*Annales de Gyn. et d'Obst.*, 1919.)
- SCHAUTA. — *Zentr. f. Gyn.*, 1908.
- SÉNÉCHAL M. — *Incision cutané-aponévrotique transversale dans les laparotomies sous-ombilicales*. — Congrès français de Chirurgie de 1919. (*Presse médicale*, octobre 1919.)
- SOUEIX. — *De l'incision transversale sus-pubienne de la peau et de l'aponévrose dans les laparotomies gynécologiques: méthode de Pfannenstiël*. Thèse de Paris, 1909.
- STÉPHANT. — *Complications des éventrations post-opératoires*. — Thèse de Bordeaux, 1906.
- TIXIER. — *A propos de l'incision de Pfannenstiël*. — (*Presse médicale*, avril 1920.)
- TOURNEMELLE. — *Des éventrations post-opératoires*. — Thèse de Paris, 1901.
- TUFFIER. — *Semaine médicale*, 1891.

TUFFIER et REYNIER. — *Eventrations consécutives aux laparotomies*. Soc. de Chir. de Bordeaux, 1907.

VENOT. — *Gazette hebdom. des Sc. méd. de Bordeaux*, 1912.

— *De la laparotomie par le procédé de Pfannenstiel*. (*Journal de médecine de Bordeaux*, 1906.)

VIOLET. — *Le drainage dans les laparotomies du domaine gynécologique*. (*Ann. de Gyn. et d'Obst.*, septembre 1906.)

WALTER. — Société de Chirurgie de Paris, janvier 1910.

WERTS. — *Presse médicale*, octobre 1904.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Introduction	1
Historique de l'incision de Pfannenstiel.....	5
Définition de l'éventration post-opératoire.....	10
Observations	11
Anatomie pathologique.....	21
Etiologie et pathogénie.....	25
Apparition de l'éventration.....	31
Symptômes fonctionnels.....	33
Statistiques	35
Nature de l'incision de Pfannenstiel.....	37
Traitement	39
Conclusions	41
Bibliographie	43
